

Lokale handreiking epilepsie voor de specialist ouderengeneeskunde regio Arnhem-Nijmegen

DEFINITIE

Epilepsie is een ziekte van de hersenen waarbij er sprake is van twee niet-geprovoceerde epileptische aanvallen of één niet geprovoceerde aanval met een groot herhalingsrisico, ook wel een laat-symptomatische aanval.

CLASSIFICATIE

Classificatie epileptische aanvallen (ILAE 1981)

Partiële aanvallen

- Eenvoudig partiële aanval
 - Motorische verschijnselen
 - Somatosensorische of specieel sensorische verschijnselen
 - Autonome verschijnselen
 - Hogere cerebrale functie / psychische verschijnselen
- Complex partiële aanval
- Partieel overgaand in gegeneraliseerd

Gegeneraliseerde aanvallen

- Absences
- Myoclonische aanvallen
- Clonische aanvallen
- Tonische aanvallen
- Tonisch-clonische aanvallen
- Atone of valaanvallen

Niet-geclassificeerde aanvallen

N.B. Het ene aanvalstype kan overgaan in een ander aanvalstype

DIAGNOSTIEK

Bij ouderen is het stellen van de diagnose vaak lastig door de volgende factoren:

- Anamnese kan bemoeilijkt worden door fatische stoornissen/cognitieve stoornissen van de patiënt.
- Er kan sprake zijn van nachtelijke aanvallen.
- Complex partiele aanvallen zijn lastig te onderscheiden door fatische/cognitieve stoornissen.
- Aanvallen zijn vaak subtieler.
- Verwardheid post-ictaal kan worden geduid in het kader van bestaande cognitieve stoornissen of delier.

ANAMNESE

- Voorgeschiedenis
- Familieanamnese
- Medicatie

Belangrijk is onderscheid te maken tussen een epileptisch insult en syncope bij aanvallen met bewustzijnsverlies en herstel hiervan. Belangrijke factoren die voor epilepsie of juist voor syncope pleiten zijn te zien in figuur 1.

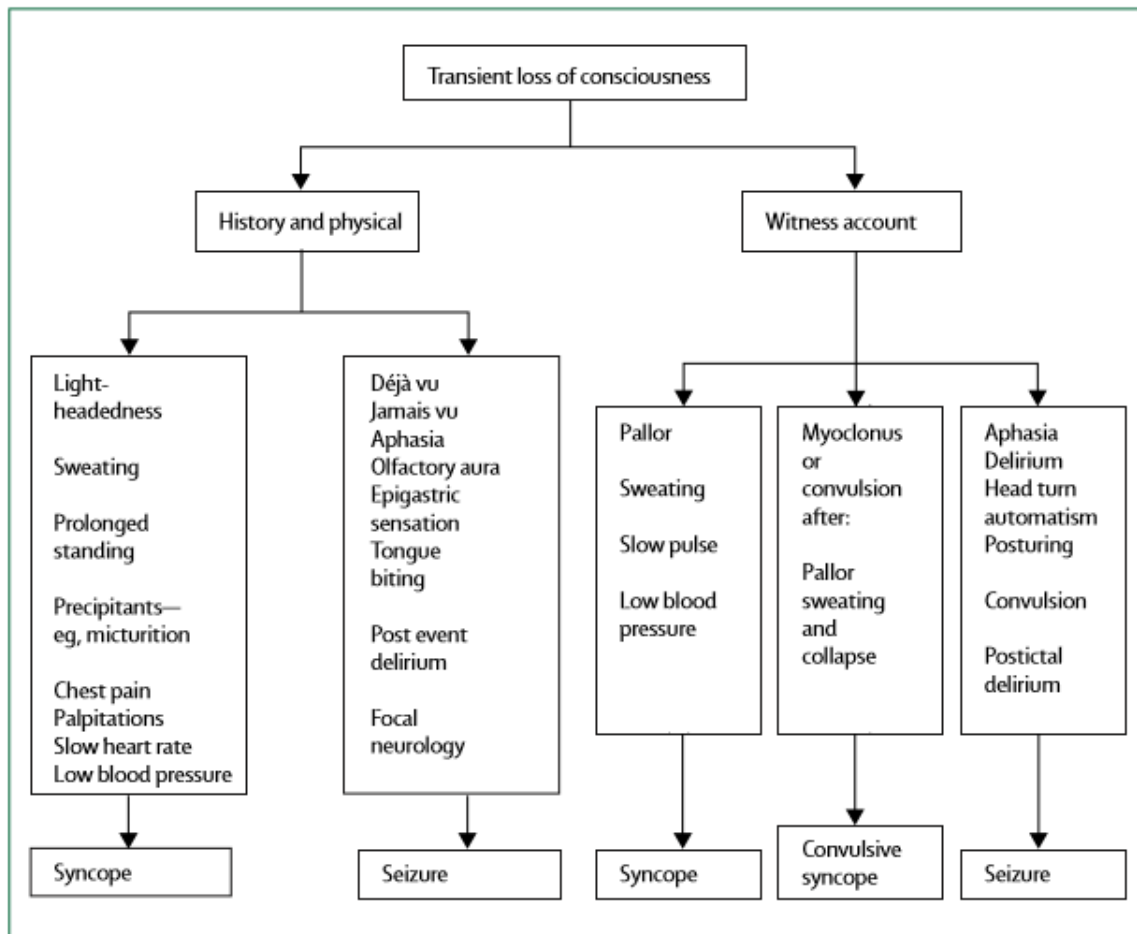


Figure 1: Clinical features distinguishing seizure from syncope

Anamnese betreffend een aanval van kortdurende bewustzijnsdaling

Symptomen	Epilepsie	Syncope
<i>Aard/kenmerk aanval</i>		
(laterale) tongbeet	+	-
Wegdraaien van het hoofd	+	-
Trekkingen	+	+
Prikkelingen/sensibele waarnemingen	+	-
Nystagmus	+	-
Duur >30 seconden	+	-
 <i>Symptomen voorafgaand</i>		
Hartkloppingen	-	+
Zwart voor de ogen		+
Misselijkheid	-	+
Zweten	-	+
Bleek zien		+
Hoesten/defaecatie/mictie/maaltijd	-	+
Tijdens lang zitten of staan	-	+
Blauw zien	+	-
 <i>Symptomen na afloop</i>		
Verwardheid/veranderd gedrag	+	-
Spierpijn	+	-

ONDERZOEK

- RR/pols/orthostase
- Glucose
- Neurologisch onderzoek
- Delier uitsluiten
- ECG
- Film de aanval

NB:

- EEG bij ouderen in het verpleeghuis heeft meestal geen meerwaarde. Alleen voor bepaling van herhalingsrisico of classificatie epilepsiesyndroom. Sensitiviteit en specificiteit laag.
- MRI bij geen verklarende voorgeschiedenis.

BEHANDELING

Overwegingen t.a.v. behandelen.

- Overtuigd zijn van de diagnose.
- Eén epileptische aanval is geen strikte reden om te behandelen.
- Indien sprake is van een herhalingsrisico kan dit een belangrijk reden zijn om direct te starten.
- Voor- en nadelen van behandeling met medicijnen moeten worden besproken.
- Let op een verhoogde gevoeligheid voor bijwerkingen. Zo ook met name bij verhoging van de dosis.
- Houd rekening met comorbiditeit.
- Start een initieel lagere dosis en bouw medicatie langzamer op dan bij volwassenen.

ONDERHOUDSBEHANDELING

- Voorkeur monotherapie op te bouwen tot een adequate of maximaal verdraagbare dosering.
- Bij falen voeg tweede anti-epilepticum toe, ingeslopen tot een adequate of maximale verdraagbare dosis.
- Wanneer het tweede anti-epilepticum effectief is, sluit het eerste anti-epilepticum uit.
- Als twee middelen falen, dan overleggen met de neuroloog.

Voorkeur

1. **Levetiracetam:** start 2dd 250mg, na twee weken verhogen naar 2dd 500mg. Maximale dosering 2dd 1500mg, vaak is 2dd 500mg bij ouderen voldoende.
 - Belangrijkste bijwerkingen: agressief gedrag, psychiatrische effecten (stemming), waardoor relatief gecontraïndiceerd bij psychiatrische voorgeschiedenis.
2. **Lamotrigine:** start bij monotherapie 1dd 25mg, na twee weken verhogen naar 1dd 50 mg, vanaf week 6 1dd 100mg. Onderhoudsdosering 100-200mg. Maximale dosering 400mg.
 - Belangrijkste bijwerking: idiosyncratische reacties in de vorm van een allergische huidreactie.
 - Heeft interacties met onder andere fenytoïne, carbamazepine, fenobarbital, valproaat.

Bij ouderen voorkeur voor levetiracetam of lamotrigine.

3. Overleg neuroloog

NB: Indien Slikstoornissen: levetiracetam drank, lamotrigine disper, of clonazepam buccaal. In de laatste levensfase, wanneer er geen medicatie meer ingenomen kan worden, midazolam subcutaan danwel nasaal ZN bij aanval.

NB: Een eenmalige bepaling van relevante parameters enkele weken na de start van een geneesmiddel kan van waarde zijn bij het voorschrijven van fenytoïne (leverenzymen), carbamazepine en oxcarbazepine (leverenzymen, leucocyten, natrium), fenobarbital (leverenzymen) en valproïnezuur (leverenzymen, leucocyten en trombocyten).

AANVALSBEHANDELING

Bij aanvalsduur van vijf minuten of langer: 5mg **midazolam** subcutaan of 2,5mg midazolam neusspray, in ieder neusgat 1 dosis. ZN herhalen bij onvoldoende effect na vijf minuten, dit maximaal tweekeer herhalen.

NB: Rectiole diazepam wordt afgeraden vanwege moeizame toediening.
Indien patiënt al langer succesvol gebruik maakt van clonazepam buccaal dan hiermee doorgaan.

NB: Indien status epilepticus denk aan O2 5l/min in tonische fase.

SPIEGELCONTROLE

Niet routinematig. Ter overweging indien:

- Twijfel aan de compliance .
- Niet lineaire kinetiek (fenytoïne).
- Epilepsie moeilijk onder controle
- Vermoeden van bijwerkingen of geneesmiddelinteracties m.n. bij polyfarmacie.
- Relevante comorbiditeit.
-

NB: bij valproïnezuur let op vrije fractie!

STAKEN VAN DE BEHANDELING

Heroverweging therapie bij lange aanvalsvrije periodes mogelijk indien:

- Interacties met andere (nieuwe) medicijnen, overweeg afbouwen/stoppen/switchen in overleg met neuroloog.
- Bijwerkingen, overweeg switchen met aandacht voor bijwerkingen profiel.
- Medicatie uitsluipen in 2-3 maanden. Bij fenobarbital zeer geleidelijk uitsluipen, ten minste 6 maanden.

Bronnen

1. Epilepsie, richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Nederlandse vereniging voor Neurologie, versie 8 juni 2017.
2. Seizure versus syncope. Andrew McKeon, Carl Vaughan, Norman Delanty. Lancet Neurology 2006; 5: 171–80.
3. Farmacotherapeutisch kompas .
4. A randomized, double-blind comparison of antiepileptic drug treatment in the elderly with new-onset focal epilepsy. Epilepsia 2015; 56(3):450-459.
5. Expert opinion drs W.J Hardon, neuroloog Jeroen Bosch Ziekenhuis Den Bosch.

Toetsgroep 6.7 Arnhem/Nijmegen
Bob van Gelder
22 oktober 2017